



Leren en ontwikkelen met transformatieve praktijken voor toegankelijke en passende zorg

– in samenwerking met
Kennissenetwerk CVA
Nederland

12 augustus 2025

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Intermezzo: verhalen van mensen met hersenletsel	4
Inleiding	5
1 Richting en handelingsperspectief	7
2 Kernboodschappen aan het veld	9
Uitwerking: Transitiepaden en Model van werkende mechanismes	10
Bijlage 1: Verantwoording werkwijze	27
Colofon	32



VAN KETENZORG NAAR EEN LEEFOMGEVING VOOR MENSEN MET HERSENLETSEL

Samenvatting

Met het optekenen van verhalen over de transformatieve beweging, geeft het Zorginstituut richting aan veldpartijen om landelijk de transformatie voor mensen die leren leven met niet-aangeboren hersenletsel verder te brengen. Het gaat over de **beweging** van de transformatie op inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk niveau. Oftewel: de **transitiepaden** die richting geven van het heden naar de toekomst. Deze zijn:

- Van een (bio)medisch naar een sociale benadering.
- Van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem.
- Van concurreren naar samenwerken en rentmeesterschap.

Daarnaast is op basis van opgedane inzichten over hoe het transformatieve praktijken lukt te transformeren, een **model** van **werkende mechanismes** opgemaakt dat handelingsperspectief geeft aan anders denken, doen en organiseren.

De kernboodschappen aan veldpartijen die werken met mensen die leren leven met hersenletsel zijn:

- Verspreid in alle regionale zorgnetwerken het transformatieve werken.
- Geef hierbij landelijk richting aan het transitieproces met het opstellen van een generiek kompas.

Intermezzo: verhalen van mensen met hersenletsel

Voor wie doen we het?

Verhaal 1

Haar man kreeg een herseninfarct. Het traject dat volgde liep niet soepel. Met name door gebrekkige communicatie bij de overdrachten.

"Ik vond de overdracht van de stroke unit naar de gewone afdeling niet oké. Omdat ik eigenlijk niet goed begreep of het gevaar weg is en hoe nu verder? Het was ook heel druk op de afdeling."

De dag erop kon ze met haar man naar huis. Ze hadden nog steeds geen informatie ontvangen over niet-aangeboren hersenletsel (NAH), het proces en hoe verder. Ze kregen alleen een map vanuit de revalidatie. Haar man kon niet zelfstandig lopen, was erg emotioneel, moest veel huilen, en kon geen prikkels verdragen. De fysiotherapeut keek alleen naar de vitale functies maar niet verder.

"Het was hier voor ons echt, ja met liefde op de tenen lopen, geen radio, televisie zachtjes, zachtjes praten."

"Ik dacht: ik heb iemand nodig die ons gaat begeleiden, of uitleg gaat geven ..."

Toen belde ze zelf de NAH-consulente op met de gegevens uit de map.

"Onze gouden engel! Zij heeft zoveel uitleg gegeven over een CVA, er waren best wel wat onderzoeken gepland, maar op langere termijn. Ze was ook altijd bereikbaar, voor vragen, uitleg, dingen regelen, ook advies geven, contacten leggen. Ik had eigenlijk niet geweten waar ik zonder haar was geweest."

"Ze nam alle tijd in huis, sprak niet alleen over de ziekte van mijn man, maar luisterde ook zeker naar mij. Heel menselijk eigenlijk, Doortastend; als zij merkte van hé, hier maakt ze zich wel heel erg zorgen over, dat ze ook wel iets ging navragen. Ze stelde me gerust en mijn man eigenlijk ook."

"De NAH-consulente is eigenlijk onze klankbord en zij is eigenlijk alles in één. Zij is als het ware de psycholoog, de dokter, de neuroloog. Zij is een mens met gevoel, zij is gewoon het alles-in-één-pakketje of je nou huilt of een vraag hebt, of dat we bang zijn. Ze stimuleert ons juist ook heel erg, want ik zei gisteren nog tegen mijn man, de consulente stimuleert ook heel erg van ga het juist wel proberen. Ga het aan. Dat is heel lastig omdat mijn man gewoon heel veel hoofdpijn heeft. Ze heeft ons geleerd dat iets tijd mag kosten. Als je iets leuks hebt gedaan dat je weet van oké, de volgende dag ben ik niks waard en zul je niks aan me hebben, maar die dag hebben we wel gehad."

Verhaal 2

Hij is teamleider, getrouwd, kinderen, en nooit eerder in aanmerking geweest met langdurige zorg. Vorig jaar heeft hij een aanrijding gehad. In eerste instantie had hij alleen blikshade. De dag erna krijgt hij last van duizeligheid en gaat naar de huisarts. De vrijdag erop kan hij geen licht en geluid meer verdragen. Ook krijgt hij last van slaapproblemen. Een doorverwijzing volgt. De fysiotherapeut weet niet goed wat zij met deze klachten aan moet. Er volgt weer een doorverwijzing en hij komt op de wachtlijst voor de neuroloog. Het is een wachttijd van 6 maanden! Dit betekent 6 maanden "zwemmen" en proberen boven te blijven. Hij kan in deze periode niet goed werken. Hij is gevoelig voor prikkels en is ontzettend vermoeid. Zoals de huisarts al voorspeld had, kon ook de neuroloog niet helpen. Wel biedt deze hem toegang tot een vervolg: een NAH-consulente. Naast de juiste contacten en expertise, biedt de consulente veel aandacht, tijd en ruimte om erover te praten en het te begrijpen. Ze werkt vanuit wat hij op dat moment nodig heeft.

Ze verbindt hem aan behulpzame professionals voor sommige klachten en neemt zijn werk en thuissituatie ook mee in het proces. *"Het is enerzijds een stukje spiegelen wat ze doet over hoe*

de dingen gaan, hoe ik de dingen doe. En ja, anderzijds richting geven naar de hulpverlening die, door mijn verhaal te horen, het beste bij mij zouden passen."

De NAH-consulente leert hem meer over NAH en helpt hem hoe je met familie en vrienden kan omgaan. *"Hoe ze dat gaan snappen, als je het zelf eigenlijk nog niet eens snapt. ... Je bent nog bezig met het verwerken van de vorige teleurstelling."*

Het snel willen herstellen, de terugval en teleurstelling werken averechts. Hij moet zijn hersenletsel erkennen en hiermee beter leren leven, zonder deadlines. Tegelijkertijd biedt de gespecialiseerde consulente hulpmiddelen en mogelijkheden.

Verhaal 3

Zijn verhaal begon op 2 oktober 2023 toen hij een herseninfarct kreeg. In het begin ging alles heel snel. Zijn familie kon goed schakelen, de ambulance en de brandweer kwamen en hij werd snel naar het juiste(!) ziekenhuis gebracht en geholpen. Gelukkig. Binnen 24 uur stond hij weer buiten. Optimistisch dacht hij de volgende week weer aan het werk te kunnen. Dat bleek niet zomaar te gaan. Ruim een jaar later werkt hij nog steeds gedeeltelijk.

"Een herseninfarct is heel ingrijpend. Sommige dingen herstellen, maar andere zaken blijven een beperking. Dat is heel emotioneel en krijg je moeilijk op een rij. Om dat te accepteren... Je ziet niks aan mij, maar er is wel onzichtbare schade. Dat moet je voortdurend uitleggen aan je omgeving. En je moet voortdurend keuzes maken wat je wel en wat je niet aankunt. Ik heb al een grote progressie doorgemaakt en er is nog steeds hoop en vertrouwen op andere verbeteringen. Maar ook moet ik rekening houden met blijvende beperkingen....Op 2 oktober vorig jaar is de oude (ik) gestorven en is een nieuwe ontstaan."

Op dit moment is een plotseling gebrek aan energie nog steeds een probleem: *"Dat is heel ongreepbaar, omdat de vermoeidheid je overvalt en soms fysiek is en soms mentaal. En soms een duidelijk verband met activiteiten heeft, maar soms ook niet. Luisteren naar je lichaam (slaapje doen), ook op het werk, is dan de enige remedie."*

In het ziekenhuis en in de revalidatie is adequate zorg geboden. Alleen werd er in het ziekenhuis doorverwezen naar een ergotherapeut en niet naar de revalidatie, zodat me aanvankelijk de toegang tot de revalidatie werd ontzegd. Dat was niet schokkend, maar wel jammer, omdat een herseninfarct gepaard gaat met heel veel vragen en onzekerheden en ik, net als veel andere patiënten, zo snel mogelijk de zorg wilde hebben, die ik nodig dacht te hebben. Bijvoorbeeld psychologische hulp omdat de acceptatie van hetgeen me was overkomen, heel moeilijk was.

"Ook had ik graag meer informatiemateriaal gekregen, omdat ik, zeker in het begin, heel veel last had van mijn korte termijn geheugen. Mogelijk werden mijn vragen wel beantwoord, maar vergat ik de antwoorden weer."

"Ik heb inmiddels ervaren dat gesprekken met lotgenoten heel erg waardevol zijn. "Op een camping in de Achterhoek wist een buurman, die 13 jaar geleden een herseninfarct had gehad, mij precies te vertellen waar ik last van had, ondanks dat hij mij niet kende. En via het NAH-café in Delft relativeren de verhalen van lotgenoten mijn eigen situatie. Ook bieden zij praktische kennis, hoe je met bepaalde situaties om kan gaan."

"Wat ook fijn is, is dat ik begonnen ben aan de multidisciplinaire therapie van Hersenz. Hier leer ik, ook weer samen met lotgenoten, om te gaan met mijn beperkingen in het dagelijkse leven en bij de acceptatie, die nog steeds speelt op de achtergrond. Dit biedt weer perspectieven op verdere verbeteringen."

Inleiding

Een aantal regionale zorgnetwerken is fundamenteel bezig met transformeren naar een toekomstbestendige gezondheidszorg. Deze zorgnetwerken focussen zich bij het transformeren op de nazorg. De kern gaat over kwaliteit van leven en welzijn. Hoe mensen herstellen en leren leven met hun opgelopen hersenletsel in hun thuissituatie. Het Zorginstituut en het Kennisnetwerk CVA Nederland hebben ervaren en geproefd welke potentie er hierbij aanwezig is. Dit maken we zichtbaar en interpreteren we om handelingsmogelijkheden voor het verdere transitieproces te geven.

Van optimaliseren naar transformeren

Het verhaal begint bij professionals, regio-coördinatoren, managers en bestuurders. Zij doen ervaringen op in de praktijk, waardoor zij radicaal van koers veranderen. Zij ervaren bijvoorbeeld dat mensen met hersenletsel thuis vastlopen en terugkomen bij huisartsen en in het ziekenhuis. Zonder dat daar oplossingen zijn. Ook zien zij gebeuren dat revalideren in de kliniek minder goed werkt voor de situatie thuis. En dat ketenzorg niet leidt tot een goed werkende doorstroom van informatie, ondanks allerlei verbeterlagen.

Deze ervaringen hebben in verschillende regio's geleid tot koersverandering op inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk niveau. Het resulteert in een andere kijk op het leveren van zorg aan mensen die hersenletsel hebben opgelopen. De regionale zorgnetwerken komen daarmee in een veranderingsmodus van het optimaliseren van werk naar het transformeren van werk. We hebben hun verhalen opgetekend: in transitiepaden van de beweging en in werkende mechanismes. Transitiepaden beschrijven de routes van de transitie, van het 'heden' tot de gewenste toekomst. De paden geven koers aan de transformatieve beweging op inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk niveau. Werkende mechanismes vouwen uiteen hoe het is gelukt om stappen te maken in het transitieproces, specifiek voor het anders denken, anders doen en anders organiseren.

Passende zorg

Zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is, heeft de toekomst. Deze maatschappelijke opgaven zijn richtinggevend voor de transitie naar passende zorg om daarmee zorg en welzijn voor alle mensen in Nederland toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden (zie [Kader Passende zorg](#)).

Transitie

Een transitie is een proces van fundamentele verandering in de cultuur, werkwijze en structuur van een samenleving.

Transformeren

Transformeren is van gedaante verwisselen. Het ontstaat vanuit tal van initiatieven die vanuit anders denken, anders gaan doen en organiseren.

Optimaliseren

Optimaliseren is het verbeteren van een proces, procedure of product om de efficiëntie of effectiviteit te maximaliseren.

Werkende mechanismes

Werkende mechanismes beschrijven hoe iets in werking treedt. Ze wijzen op een proces van verandering, hier het 'anders denken, doen en organiseren'. Het geeft zicht op de dynamiek in processen en interacties.

Werkwijze

Bij het leren en ontwikkelen van transformatieve praktijken maakt het Zorginstituut gebruik van de wetenschappelijke werkwijze van transitie management¹. Een beschrijving van het werk dat bijgedragen heeft aan deze rapportage staat in bijlage 1.

1 Richting en handelingsperspectief

Met het optekenen van de verhalen geeft het Zorginstituut perspectief aan de transformatieve beweging die het Kennisnetwerk CVA Nederland aanjaagt. Dat geeft richting en biedt handelingsperspectief om op landelijk niveau te komen tot anders denken, doen en organiseren. Het raakt tegelijkertijd de doelen van de recente landelijke akkoorden¹. Deze sturen op het afwenden van personeelstekorten en gelijkwaardige toegang van zorg. Het transitieproces en daarmee de transformatie zijn nog niet uitgekristalliseerd. De verhalen zijn daarom onvoltooid en ontwikkelen zich. Het zijn ontluikingen die we zien en ervaren uit de praktijk. Om deze te gaan begrijpen en er via een leerproces verder aan te werken, hebben we de verhalen in twee delen opgemaakt:

I. Het eerste deel gaat over de **beweging** van de transformatie op inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk niveau. Oftewel: de **transitiepaden** die richting geven van het heden naar de toekomst. Deze transitiepaden zijn:

→ *Van een (bio)medische naar een sociale benadering*

De transformatie beweegt zich van een (bio)medisch perspectief op de zorg naar een sociaal perspectief. Biomedisch perspectief betekent: aandoeningen en ziektes centraal stellen. Sociaal perspectief betekent: leven thuis centraal stellen. Dit betekent dat sociale waarden, zoals reablement, samenredzaamheid en leefbaarheid, het uitgangspunt worden om kwalitatief goede zorg te leveren.

→ *Van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem*

De transformatie beweegt zich van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem waarin zorg, welzijn en ondersteuning dienstbaar zijn in de leefomgeving van mensen. De organisatievormen die hierbij richting geven aan het ontstaan van een ander zorglandschap zijn: regionaal samenwerken en samenspel, interdisciplinair zorg leveren vanuit de zorgbehoefte van mensen op één plek, en gespecialiseerde ondersteuning in de thuissituatie. Hier zie je langzamerhand de principes² van passende zorg een plek krijgen. Dit gebeurt integraal als grondgedachte, bijvoorbeeld bij het maken van keuzes en beslissingen.

→ *Van concurreren naar samenwerken en rentmeesterschap*

De beweging gaat van concurreren naar samenwerken en rentmeesterschap. Rentmeesterschap betekent dat je voor een regio, buurt of wijk zorgt. Dat zorg, welzijn en ondersteuning voor de mensen in hun leefgemeenschap integraal en met gedeelde middelen dienstbaar wordt geleverd waar dat nodig is. Dat er bestuurd wordt met het oog op mensgericht, houdbaar en duurzaam. Het gaat van productgericht sturen naar het besturen van een leefgemeenschap. En om een omslag van controle en beheersen naar relaties aangaan en werken vanuit vertrouwen.

II Het tweede deel geeft een **model** van **werkende mechanismes** dat richting geeft aan 'anders denken, doen en organiseren'. De werkende mechanismes geven aan hoe het mensen lukt anders te denken, doen en organiseren. Dit model dient als basis voor elk regionaal samenwerkingsverband of lokale groep om zelf inkleuring te geven aan de transformatie, deze in te stappen of te vervolgen. Het model bevat:

- a. Een duiding van de waarden en normen van de transformatieve beweging, met het oog op de opgave passende zorg voor mensen die leven met hersenletsel.
- b. De werkende mechanismes voor het vormen van 'zwermen'. Dit gaat over hoe je ervoor kan zorgen dat steeds meer betrokkenen gaan meewerken aan de transformatie.
- c. De werkende mechanismes voor 'anders denken, doen en organiseren' en voor 'transformatiewerk' in de regio.

¹ Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg (HLO).

² De vier principes van passende zorg zijn: waardengedreven, samen met mensen, hulp op de juiste plek en focus op gezond leven.

Met het model kan het veld dat werkt aan leven met niet-aangeboren hersenletsel invulling geven aan het 'anders denken, doen en organiseren'. Het biedt mogelijkheden om met elkaar te leren en het transitieproces bij te sturen.

Meer lezen: zie hieronder een **nadere uitwerking** over **transitiepaden** en het **model van werkende mechanismes**.

2 Kernboodschappen aan het veld

Vanuit de hierboven beschreven constatering en handelperspectief wil het Zorginstituut het veld de volgende twee kernboodschappen meegeven.

→ Verspreid het transformatieve werken

De eerste boodschap aan het veld is dat alle regionale zorgnetwerken moeten komen tot transformatie van zorg en ondersteuning. En dat zij transitieprocessen hiervoor verder moeten brengen. Zo kunnen alle mensen in Nederland in hun thuissituatie leren leven met hun hersenletsel.

Dit vraagt om vanuit een fundamenteel ander denkkader, anders te doen en anders te organiseren. Hulpmiddelen hierbij zijn de **transitiepaden** en het **model van werkende mechanismes**.

→ Geef landelijk richting aan het transitieproces

De tweede boodschap aan het veld is om het transitieproces op landelijk niveau richting te geven door een **generiek kompas** voor mensen met opgelopen hersenletsel op te stellen. Een generiek kompas is dé 'ruggengraat' voor het transitieproces om dat al lerend en ontwikkelend te doen.

Met een kompas maken de relevante veldpartijen afspraken hoe zij de voorliggende ambitie voor het transitieproces al lerend en ontwikkelend gaan bijsturen. Hier is die ambitie om te komen van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem van samen leven waar zorg en ondersteuning dienstbaar zijn voor mensen met hersenletsel. Daarbij moeten partijen zich realiseren dat het niet alleen een zorgvraagstuk is, maar een maatschappelijke opgave.

Het Zorginstituut beveelt aan om de potentie van al bestaande transformatieve praktijken te benutten. En adviseert om bij het opstellen van het kompas de **transitiepaden** en het **model van werkende mechanismes** als onderlegger mee te nemen.

Generiek Kompas

Een generiek kompas is een nadere uitwerking van het Kader Passende zorg voor een doelgroep. Het beschrijft wat voor die doelgroep onder passende zorg wordt verstaan. Relevante veldpartijen spreken erin af hoe zij hun ambitie al lerend en ontwikkelend gaan bijsturen. De richtlijnen en kwaliteitsstandaarden moeten zich daartoe vervolgens gaan verhouden. Het kompas moet de 'ruggengraat' worden voor leren, ontwikkelen en bijsturen om de maatschappelijke uitdagingen in de zorg het hoofd te kunnen bieden. Een voorbeeld van een generiek kompas is 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' voor ouderen.

Het generieke kompas heeft tenminste de volgende elementen:

- Het geeft antwoord op relevante vragen over mensgerichtheid, houdbaarheid (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit), personeelsschaarste, duurzaamheid en domeinoverstijgende transitievraagstukken.
- Het gaat om zorg, welzijn en ondersteuning dat multidisciplinair en domeinoverstijgend wordt georganiseerd, gericht op kwaliteit van bestaan voor een bepaalde doelgroep.
- Het geeft een richtinggevend kader dat soms normerend is vanuit het perspectief van de samenleving. Het is geldend voor iedereen die betrokken is om de bepaalde doelgroep te helpen.

Meer lezen over een generiek Kompas.

Uitwerking: Transitiepaden en Model van werkende mechanismes

Introductie

Dit deel van de rapportage geeft een nadere uitwerking aan:

1. de transitiepaden van de beweging en
2. het transformatieve model van werkende mechanismes hoe het lukt om anders te denken, doen en organiseren.

De uitwerking komt voort op basis van bevindingen uit de praktijk. Er zijn drie transformatieve praktijken bezocht die bezig zijn met zorg en ondersteuning voor mensen die leven met hersenletsel. In totaal hebben we circa zestig mensen uit de praktijken gesproken.

De transformatieve praktijken zijn in dit veld regionale zorgnetwerken.

1 Richting geven met transitiepaden voor mensen die leven met niet aangeboren hersenletsel

De transitiepaden geven koers aan de transformatie op inhoudelijk, organisatorisch en bestuurlijk vlak. Ze helpen om vanuit een ander denkkader anders te gaan doen en organiseren. Diverse regionale zorgnetwerken hebben met het oog op de toekomst het initiatief genomen om dit op te pakken.

In 2024 is het Zorginstituut samen met het Kennisnetwerk CVA Nederland gaan meekijken en leren hoe dit lukt. Dit bij regionale zorgnetwerken waarbij zij zich inzetten voor een andere manier van zorg verlenen aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel. De veranderingen die worden ingezet, maken deel uit van een grotere transformatieve beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. We noemen het proces van die fundamentele veranderingen de transitie. De veranderingen ontstaan door vanuit andere waarden en overtuigingen dan waar het huidige zorgstelsel op is gebouwd, anders te gaan doen (routines, gedrag, werkwijzen) en anders te gaan organiseren (beleid, regels, bekostiging).



In deze bijlage zijn de transitiepaden tot uiting gebracht ten behoeve van de voortgang van de transformatie voor mensen die leven met niet-aangeboren hersenletsel. Eerst volgen een aantal uitdagingen waar mensen van transformatieve praktijken tegenaan liepen. En die hebben geleid tot andere gedachten over hoe je zorg en ondersteuning geeft. Daarna komen de transitiepaden aan bod die de koers bepalen naar een nieuw toekomstperspectief voor mensen die leven met hersenletsel.

Uitdagingen die om een nieuw denkkader vragen

De behandeling van de acute fase van hersenletsel vindt veelal plaats in het ziekenhuis en is vaak goed georganiseerd, met bijvoorbeeld de speciaal ingerichte *stroke services* in ziekenhuizen waar mensen direct na een CVA een behandeling krijgen. Daarna volgt zorg gericht op herstel en leren leven met het opgelopen hersenletsel. Deze periode blijkt als minder effectief te worden ervaren door zowel zorgverleners als mensen met hersenletsel. Zij noemen onder meer het vastlopen op het werk, thuis in het gezin tussen wal en schip raken in het dagelijks leven, en mensen komen met ergere symptomen terug bij de huisarts of in het ziekenhuis. De

professionals die revalidatie geven in de kliniek, ervaren ook dat het vervolg thuis niet uitpakt zoals ze willen. Handreikingen worden niet opgepakt, het geleerde blijkt niet te passen of is niet voldoende. Tot slot ervaren ze informatieverlies in de overdrachten bij het doorlopen van de keten van medisch specialistische revalidatie, geriatrische revalidatiezorg naar thuiszorg, ondanks de ondersteuning hierin.

→ **Transitiepad op inhoudelijk vlak:
van een (bio)medisch naar sociale benadering**

Vanuit de bovenstaande praktijkervaringen ontstaat bij zorgverleners de dringende behoefte om zaken te veranderen. Zij willen dat hun inspanningen effectief zijn en bijdragen aan herstel en leren leven met hersenletsel. De vertrouwde werkwijze met bijbehorende overtuigingen en opvattingen blijkt niet te werken. Dat besef is het moment om overtuigingen en opvattingen los te laten of radicaal aan te passen. Zo ontstaat er een ander of nieuw denkkader.

Het bestaande denkkader in de zorg gaat van oudsher uit van (bio)medisch uitgangspunten: ziektes en aandoeningen staan centraal en hoe je hiermee kan omgaan vanuit diagnoses stellen en behandelmethoden bepalen. Hier is de blik gericht op aandoenings-technische aspecten in het functioneren van het lichaam en mensen efficiënt behandelen voor hun ziekte en laten revalideren in instellingen met als doel dat ze snel voldoende herstellen om naar huis te kunnen.

Het nieuwe denkkader biedt een perspectief voor de toekomst met de aandacht gericht op het leven met hersenletsel. Essentieel is dat zorgverleners beseffen dat zij in de thuissituatie anders kijken naar de mensen en zien welke bijdrage zinvol is. Dit is een groot verschil met zorg bieden in een revalidatie-instelling of op een polikliniek van het ziekenhuis. Het gaat uit van de thuissituatie van mensen, een meer sociale benadering. De leefwereld van de mensen en hun omgeving staan centraal bij het eventueel benodigde hulpaanbod. Het principe van *reablement* staat hier voorop: mensen helpen hun leven (leren) te leiden. Het begrip *reablement* gaat bij mensen met hersenletsel over het bieden van hulp om in de thuissituatie te dealen met herstel, het leven en maatschappelijk zo goed mogelijk te kunnen functioneren (dit gaat bijvoorbeeld over school, studie en/of werk). Het medische aspect speelt vanzelfsprekend een rol maar staat niet meer voorop.

In de transformatie volgens het nieuwe denkkader staat zorg voor mensen met hersenletsel ten dienste van het leren leven met hersenletsel en het zo goed mogelijk functioneren in de eigen thuis- en leefsituatie. Het gaat in de kern om aandacht voor mensen met hersenletsel. Voor wie de ander is, met zijn of haar levensverhaal, gewoonten, verlangens, gezinssituatie, werk ed., en daar hulp op afstemmen. Dit uitgangspunt van waaruit zorgverleners denken en werken, verandert de opties die zij mensen met hersenletsel voorleggen en waarover zij samen beslissen. Dit betekent nog steeds efficiënte behandeling en daar waar nodig revalidatie, maar dan gericht op het leven in de thuissituatie.

De transformatie van maatschappelijke waarden rond hulp, zorg en welzijn vraagt meer tijd. De transformatie is nog in volle gang en meer regio's kunnen dit pad op. Daarbij, is bij de ontwikkelingen in de zorg voor mensen met hersenletsel nog weinig beweging te zien om de focus van zelfredzaamheid te verleggen naar samenredzaamheid, zoals samenwerking met buurtbewonersinitiatieven voor welzijn, wonen en zorg.

→ **Transitiepad op organisatorisch vlak:
van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem**

Het organisatorisch denken verschuift bij zorg voor mensen met hersenletsel **van** ketenzorg **naar** netwerkzorg en vervolgens **naar** zorg als onderdeel van een ecosysteem. Ketenzorg houdt in dat patiënten van de ene professional naar de andere doorstromen (via verwijzingen) volgens een vastgesteld zorgprotocol of zorgpad. Bij mensen met hersenletsel verschuift de manier van zorg organiseren naar netwerkzorg, waar zorg regionaal georganiseerd wordt rondom de mensen die dat nodig hebben. De behoefte van mensen met hersenletsel is zeer divers. Ieder probleem leidt tot een andere vraag om zorg of ondersteuning. Om op het juiste moment de juiste hulp te geven zijn verschillende professionals verbonden met elkaar en vormen ze tezamen een netwerk waar ze met elkaar kunnen schakelen om hulp te geven vanuit wat de

mensen thuis nodig hebben. Met de transformatie naar een ecosysteem wordt de organisatie van zorg, welzijn en andere hulp dienstbaar in relatie tot de leefgemeenschap van mensen. Onder een ecosysteem verstaan we de leefomgeving en leefsituatie van de mensen waarin zorg, welzijn, herstel, ondersteuning en bijvoorbeeld preventie in samenhang dienend zijn aan de samenredzaamheid van een buurt, wijk of dorp in het licht van mensen in hun thuissituatie.

Belangrijk voor het organisatorische transitiepad zijn:

1. samenwerking en samenspel in de regio zodat een netwerk van verschillende teams vanuit verschillende organisaties eenvoudig en op het moment dat het nodig is met elkaar kunnen schakelen,
2. interdisciplinair werken door zorgprofessionals op één plek. Zo kan een complexe zorgvraag direct na de acute fase beter opgepakt door de integratie van perspectieven en inzichten,
3. gespecialiseerde ondersteuning in de thuissituatie om te leren leven met hersenletsel en op het juiste moment de juiste hulp in te schakelen.

Vanuit deze beweging ontstaat een ander regionaal landschap, zowel in organisatievorm (regionale samenwerkingsverbanden en integrale teams) als in mate van zorgspreiding (een netwerk van teams).

→ **Transitiepad op bestuurlijk vlak:
van concurreren naar samenwerken en rentmeesterschap**

In het bestuurlijke perspectief bij de zorg voor mensen met hersenletsel ontstaat verandering in het denken en daarmee verandering in de wijze van besturen. De beweging **van** concurreren met elkaar **naar** samenwerken is duidelijk te zien. Het hebben en verder vormgeven van regionale samenwerkingsverbanden is hierin belangrijk. Het gaat niet meer om de zorgproducten of diensten die een bepaalde instelling kan aanbieden en leveren. Het draait om de mogelijkheden waarmee professionals met elkaar op een gelijkwaardige manier en in samenhang de zorg, hulp en ondersteuning voor de mensen in hun leefomstandigheden integraal vormgeven. Laagdrempelige contactmogelijkheden zijn noodzakelijk voor onderlinge afstemming, bijvoorbeeld als de omstandigheden voor een persoon veranderen. Het volgen van een zorgpad verandert naar het komen tot samenspel tussen verschillende professionals, betrokkenen en organisaties om op het juiste moment hulp te bieden aan iemand in zijn/haar leefsituatie. Dit kan je integrale dienstverlening noemen en vraagt om besturen waarbij visievorming, governance en acties in dienst staan om het goede te doen voor mensen die leven in buurten, wijken en dorpen van een regio. Besturen is niet meer gericht op de belangen van een individuele organisatie. Dit kan je dan ook meer rentmeesterschap of *stewardship* noemen.

Vanuit het bestuurlijke perspectief gaat het om de verandering **van** productgericht sturen vanuit de eigen organisatie met afgebakende zorgsoorten **naar** het besturen van een hedendaagse meent. Een meent is een leefgemeenschap zoals een of meer buurten, wijken of dorpen in een regio met een netwerk van sociale relaties die met elkaar ergens voor zorgdragen. Dan zien we zorg en welzijn niet meer als koopwaar, maar als bronnen van de meent. Besturen gebeurt uit gemeenzin:

- hoe je de gemeenschap gezamenlijk ervaart en begrijpt;
- hoe je mogelijkheden bundelt en benut in relatie tot wat er nodig is in de regio bij mensen in hun leefsituatie.

Besturen is dan per definitie grenswerk:

- in dienst staan van de gemeenzin en de bereidheid zijn de mogelijkheden van de meent te delen en tot samenhang te brengen;
- de vruchten ervan te plukken en tegelijkertijd zorgen dat de meent niet opgesoupeerd wordt.

Het besturen betreft democratische besluitvormingsprocessen als basis neerleggen om de bronnen van de meent passend in te zetten. Het gaat om zorgdragen voor zorg en welzijn als voorziening. Het gaat om het maken van afspraken over duurzaam gezamenlijk gebruik. Het

gaat om het integraal inzetten van de principes³ van passende zorg. Als grondgedachte, bijvoorbeeld bij het maken van keuzes en beslissingen voor een leefgemeenschap. En het gaat uiteindelijk om het dienstbaar maken van zorg, welzijn en preventie in relatie tot wat past in de leefgemeenschappen van wijken, buurten en dorpen in een regio. Dit heeft gevolgen voor de inzet van medewerkers in de regio en hun bevoegdheden in relatie tot medewerkers van andere betrokken organisaties. Er bestaan ook vraagstukken en dilemma's over cao's, gedeelde informatiesystemen en bekostigingssystematieken voor het verlenen van integrale dienstverlening.

Als organisaties willen gaan samenwerken aan integratie van zorg, welzijn, hulp en ondersteuning, vraagt dat in het bestuurlijk handelen om een omslag **van** controle en beheersen **naar** relaties aangaan en bouwen van vertrouwen. En in het transitieproces hiernaartoe vraagt het om besturen vanuit een ontwikkelstrategie; om zich in toenemende mate te richten op de bedoelingen voor de lange termijn waarbij professionals, inwoners en andere betrokkenen ruimte krijgen om met elkaar naar mogelijkheden te zoeken om toe te bewegen van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem. Vertrouwen is ook nodig in het proces van transformeren met reflectie op wat er ontstaat, met een team en een directie die het proces ondersteunen. Bestuurders leren en kijken mee en vertalen dit naar collega-organisaties in de regio, bouwen relaties op om het netwerk te verrijken met partners. Door te bewaken waar het wel en niet goed gaat met het oog op de stip op de horizon van de transformatie, kunnen bestuurders ontwikkelingen bijsturen en stimuleren om de bedoelingen op de lange termijn te realiseren.

Toekomstperspectief

De veranderde zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel kent vanuit deze transitiepaden een toekomstperspectief waar de mensen in hun eigen leefomgeving, hun eigen buurt, worden geholpen waar mogelijk te herstellen en vooral te (leren) leven met hun hersenletsel. Het idee is zorg, welzijn, ondersteuning of andere hulp in de thuissituatie in te bedden om daar waar nodig een bijdrage te leveren.

Deze beweging is transformatief van aard. Vanuit een heel ander denkkader met een sociale benadering in plaats van een medische benadering, krijgen hulp, zorg en welzijn een betere afstemming in de leefsituatie en op behoeften van mensen. Bovendien vraagt de transformatie een maatschappelijke verandering van de manier waarop we met hulp, zorg en welzijn omgaan. Zowel culturele, economische, technische en institutionele kenmerken en structuren in zorg en welzijn zullen fundamenteel moeten mee-veranderen.

2 Transformatief model van werkende mechanismes voor mensen die leven met niet-aangeboren hersenletsel

Hieronder geeft het Zorginstituut het transformatieve model weer van de transitie voor mensen die leven met hersenletsel. Dit om handelingsperspectief te geven door:

1. de **waarden en normen** te duiden met het oog op de opgave Passende zorg (mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid);
2. patronen van handelen (terugkerende vormen van gedrag) weer te geven voor het transitieproces voor mensen die leven met niet-aangeboren hersenletsel op basis van **werkende mechanismes** (mogelijke gedragingen voor hoe het lukt).

Belangrijk is het model van werkende mechanismes te zien als een referentiemodel. Daarmee is het geen replica, maar een vereenvoudigde representatie van de werkelijkheid. Het is een synthese van tal van gesprekken, bezoeken en documenten met mensen in drie transformatieve regio's die ervaring hebben met anders denken, doen en organiseren voor mensen met hersenletsel. Het model is niet tot stand gekomen vanuit een tekentafelproces. Het is niet absoluut en kan verder ontwikkeld worden.

³ De vier principes van passende zorg zijn: waardengedreven, samen met mensen, hulp op de juiste plek en focus op gezond leven.

Hieronder volgt eerst inzicht in de waarden en normen die vanuit het werk van de transformatieve regionale zorgnetwerken naar voren komen. Daarna wordt het transformatieve model voor mensen met hersenletsel uiteengezet op hoofdlijnen, in het vormen van zwermen en in patronen van handelen op basis van werkende mechanismes voor 'anders denken, doen en organiseren'.

2.1 Waarden en normen in deze transformatieve beweging

De waarden die terug te horen zijn bij het anders denken, doen en organiseren voor mensen die (leren) leven met hersenletsel zijn:

- Voor het leveren van zorg zijn de waarden te duiden als een wolk van
 - *Welzijn*: hoe mensen die hersenletsel hebben opgelopen weer hun leven kunnen oppakken op zowel cognitief, lichamelijk, mentaal, emotioneel en sociaal-maatschappelijk niveau.
 - *Equity en adaptief zijn*: aanpassen van hulp en zorg die nodig is om te leven met hersenletsel in de thuissituatie van de mensen met hersenletsel en hun naasten,
 - *Samenredzaamheid*: je (uiteindelijk) kunnen redden in je omgeving met vrienden, burens, familie en daarmee het werken aan een sociaal netwerk voor mensen,
 - *Betrokkenheid*: met oog en aandacht er zijn voor iemand en diens omgeving die iets nodig heeft. De termen in de zorg zoals *presentie* en *reablement* spelen hierin een rol,
 - *Gemeenschappelijkheid*: dat je ondersteuning, hulp en zorg niet alleen vanuit je eigen professe of organisatie doet. Dat je hulp, ondersteuning en zorg in samenspel met de mensen in de thuissituatie en de leefomgeving doet en in samenhang met andere betrokkenen die zorg, hulp en ondersteuning bieden.
 - *Leefbaarheid*: (leren) leven met hersenletsel gaat over de mate waarin de leefomgeving kan bijdragen aan welzijn, gezondheid, ontmoeten, veiligheid, wonen en werken, en overige sociale en maatschappelijke deelname. En de mate waarin daarbij ondersteuning vanuit preventie, welzijn en zorg hierin nodig is. Hoewel nu nog gefocust op wat er in de thuissituatie speelt: thuis tenzij ...
- Voor het werken met elkaar in de regionale zorgnetwerken, zijn de waarden te duiden als een wolk van
 - *Synergie/integratie*: hulp, ondersteuning en zorg organiseren in samenspel en daarin handelen met anderen zodanig zodat het effect groter is dan de optelsom van de afzonderlijke delen,
 - *Wederzijdse afhankelijkheid*: handelen en organiseren vanuit de wetenschap dat je anderen en elkaar nodig hebt om de zorg, ondersteuning en hulp aan mensen met hersenletsel in hun leefgemeenschap en leefsituatie passend te geven en dienstbaar te kunnen zijn vanuit ieders eigen expertise,
 - *Verwevenheid*: handelen en organiseren vanuit de wetenschap dat wat je doet van invloed is en verweven is met anderen die hulp bieden in de thuissituatie van mensen die leven met hersenletsel,
 - *Volhoudbaarheid*: handelen en organiseren met het oog op toegankelijke, betaalbare, en kwalitatief goede zorg in de regio met oog op de mogelijkheden die er zijn. Zodat er bijvoorbeeld niet geconcurrereerd wordt op personeel in de regio, maar juist met elkaar personeelsinzet te organiseren. Of door de verschillende mogelijkheden in de regio te gebruiken zodat ziekenhuizen niet vol lopen,
 - *Dienstbaarheid*: handelen en organiseren van zorg, hulp of ondersteuning zodanig dat je de leefgemeenschap en leefomgeving aanvult waar nodig. En deze niet ondermijnt en koloniseert, en in samenspel een balans vindt wat past.

Deze waarden kleuren de concepten mensgericht, houdbaar en duurzaam van de opgave Passende zorg. De vraag hierbij is welke normen erbij horen; welke gedragsregel is dan goed te hanteren? De richting beschrijft het Zorginstituut op hoofdlijnen, om een eerste stap hierin te zetten, als volgt:

- Zet hulp, ondersteuning, welzijn en zorg dienend in bij mensen in hun eigen leefomgeving en leefgemeenschap, tenzij de organisatie van zorg medische of technische voorwaarden stelt

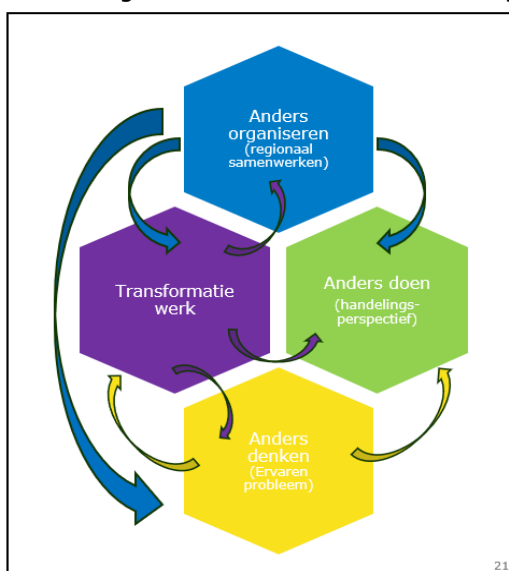
die alleen in een kliniek of instelling kunnen worden gegeven.

- Handel en organiseer in de regionale zorgnetwerken in samenspel, domeinoverstijgend, als integrale dienstverlening en vanuit de kracht van ieders expertise hulp, ondersteuning en zorg in relatie tot de leefomgeving en leefgemeenschap van de mensen vanuit gemeenschappelijke gronden met oog op de opgave Passende zorg.

2.2 Transformatief model van werkende mechanismes

Voor de transformatieve beweging voor mensen met hersenletsel ziet het model er op hoofdlijnen als volgt uit:

- **Anders denken:** dit begint bij het ervaren praktijkprobleem (mensen met opgelopen hersenletsel lopen vast en de zorgketen loopt vast) en biedt inzicht in het bewustwordingsproces hoe een nieuw denkkader met nieuwe overtuigingen en waardes ontstaat en hoe deze bestaansrecht krijgt. Hier wordt het inhoudelijke transformatieperspectief zichtbaar: van aandoeningsgericht denken (CVA) naar sociaalgericht denken (leven met hersenletsel).
- **Anders doen:** dit biedt het nieuwe handelingsperspectief voor het leveren van hulp voor mensen die hersenletsel hebben opgelopen die voort komt uit het anders denken. Dit betreft de transformatie van ketengericht werken naar netwerkzorg naar hulp leveren vanuit een



ecosysteem.

- **Anders organiseren:** dit biedt inzicht in het nieuwe organisatieperspectief voor het leveren van hulp voor mensen die hersenletsel hebben opgelopen. Dit krijgt vorm in een regionaal samenwerkingsverband dat een regionaal netwerk organiseert. Het biedt een toekomst dat zich beweegt van concurreren, organisatiegericht en productgericht organiseren naar samenwerken, rentmeesterschap ten behoeve van integraal en domeinoverstijgend werken in de regio.
- **Transformatiewerk:** dit biedt inzicht in het werk dat nodig is om de transformatie in te zetten en het transitieproces verder te brengen.

Er bestaat wisselwerking tussen het anders denken, het anders doen, anders organiseren en het transformatiewerk. Deze wisselwerking kent een paar belangrijke stimulators. Dit zijn mensen die leiding nemen in de transformatie, bestuurders met visie, en resultaten laten resoneren.

- **Leiding nemen in de transformatie** is ten eerste een belangrijk gangmaker om het 'bewustzijn te creëren' voor het anders denken. Vooral om het anders denken te laten ontstaan in de gelaagdheid van een organisatie en in de diversiteit van betrokkenen die nodig zijn bij het samenwerken. Ten tweede zet dit voortrekkers in hun kracht om aan de slag te gaan en zaken voor de transformatie te regelen. Het gaat hier om het geven van draagvlak en steun.
- **Bestuurders met visie** maken het mogelijk dat in de transformatie 1) een ontwikkelstrategie gevolgd kan worden, 2) het traject niet in een projectvorm wordt weggezet maar een aparte werklijn krijgt naast het bestaande, reguliere werk zodat de transformatie tot ontwikkeling kan komen en kan uitgroeien, en 3) de functie van een regionale netwerkcoördinator geborgd is die mensen kan verbinden zodat pionieren en ontwikkelen ondersteund wordt en er gebouwd wordt op al bestaande samenwerkingsfundamenten.
- Bij het anders doen is het '**resultaten laten resoneren**' in relatie tot anders denken en anders organiseren een belangrijk feedbackloop. Dit zorgt er ten eerste voor dat meerdere betrokkenen bestaansrecht geven aan een ander denkkader. Ten tweede zorgt het voor borging van het 'anders doen' in de governance van het netwerk van betrokkenen. In de regionale zorgnetwerken vormgegeven in een regionaal samenwerkingsverband. Resoneren gaat over verbondenheid voelen met iets en/of iemand; dat een gesprek raakt en aanslaat. Het gaat niet sec over het instrumentele, bijvoorbeeld een rapportage, grafiek of tabel met cijfers, hoewel een representatie wel ondersteunend is. Om resultaten te laten resoneren, helpt beeld, filmpjes of verhalen omdat hier resultaten in hun representaties relaties en context tot leven laten komen.

Het anders gaan denken is een absolute stimulator tot conceptualiseren, experimenteren, verbinden met anderen en pionieren. Wat hierbij als aanvulling werkt, is ten eerste het expliciet maken van de uitwerking van een nieuw gedachtegoed (bijvoorbeeld in een opdrachtformulering of in een notitie) waarin belangrijke werkprincipes centraal worden gezet en invulling wordt gegeven aan een veelvormig perspectief. En ten tweede het aansturen en het creëren van goede condities om te kunnen experimenteren en transformeren.

Het anders doen en organiseren herbevestigen het anders denken. Dit zijn dus de vertalingen van het anders denken in het anders doen en in het anders organiseren.

2.2.1 **Transformatief model; het vormen van zwermen**

De dynamiek die onder het vormen van een beweging zit - ook wel zwermen genoemd - bestaat uit⁴:

- Het laten toenemen van het aantal participanten of groepjes participanten, stakeholders in het transitieveld.
- Vertaling van de transformatie in, en daarmee toename van aantal, verschillende contexten in een regio (denk de context van een ziekenhuis, de context van een wijk of de context van informatie-uitwisseling).
- Het poolen van het aantal mogelijkheden, materialen, expertises door toename van aantal participanten in het transitieveld.
- Het betrekken van landelijke systeempartijen zoals overheidsorganisaties en zorgverzekeraars.

De vorming van een zwerm bij de transformatieve regionale zorgnetwerken, kent hierin verschillende werkende mechanismes die tezamen te benoemen zijn als:

- Pionieren, hoeveel mensen komen tot anders denken, doen en organiseren op basis van hun eigen overtuigingen.
- Resoneren, hoeveel mensen gaan anders denken, doen en organiseren door het in contact komen met de perspectieven van anderen.

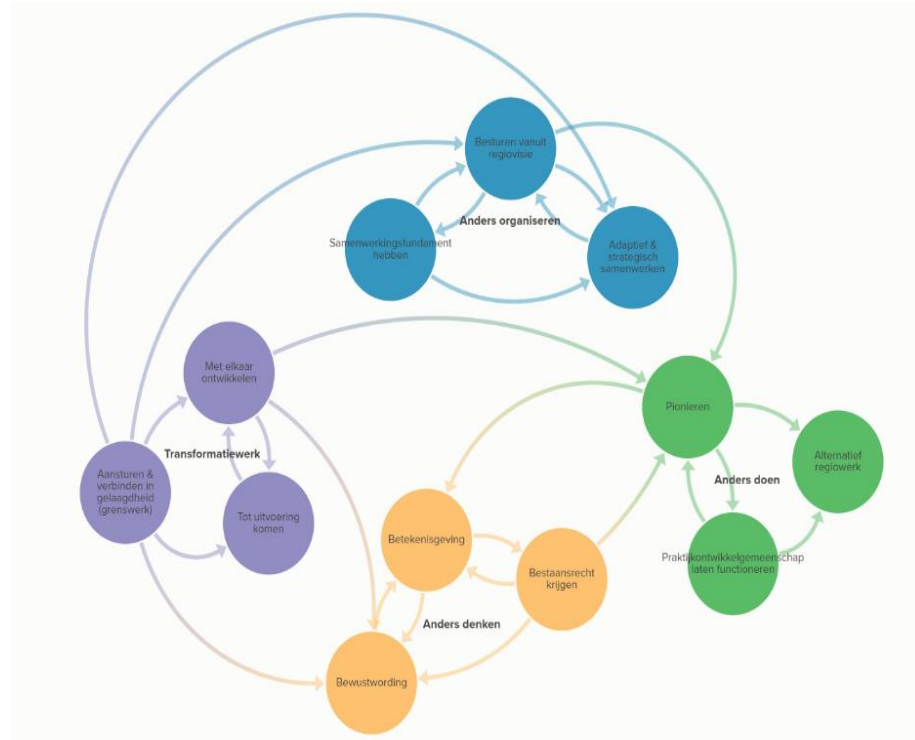
⁴ *Transformative innovation and translocal diffusion.*

In het transitieproces van anders denken, doen en organiseren zien de werkende mechanismes in een systeemkaart er als volgt uit:



2.2.2 Transformatief Model; patronen van handelen

Het transformatieve model meer in detail bekeken, onderscheid meerdere patronen van handelen. Deze patronen bestaan uit een samenhang van werkende mechanismes waardoor er handelen en gedrag ontstaat voor het anders denken, doen en organiseren. Door deze patronen van handelen lukt het betrokkenen het transitieproces met elkaar verder te brengen. De patronen van handelen worden hieronder voor anders denken, doen en organiseren en voor transformatiewerk toegelicht. In elke situatie en context dienen betrokkenen deze werkende mechanismes in de *couleur locale* te vertalen zodat ze betekenis gaan krijgen.



De patronen van handelen zijn:

1. **Anders denken**

De transformatie van een (bio)medisch gestoeld denkkader naar een op een sociale benadering gestoeld denkkader zet de beweging in gang van ketenzorg naar netwerkgang naar ecosysteem. Met de wederkerige respons dat deze beweging weer input geeft om niet meer vanuit ziekenhuiszorg te blijven beredeneren, en meer vanuit de thuissituatie na te gaan wat er nodig is.

Deze denkkaders maken dat naar de mensen met niet-aangeboren hersenletsel holistisch wordt gekeken. Het gevolg hiervan is dat product-denken en in stukjes van een keten denken, niet meer functioneel is. De focus komt te liggen op samenwerken en het concurrentie-denken verschuift daarmee naar de zijlijn. Ook worden betrokkenen bewust dat samenwerken gestoeld is op relaties en vertrouwen. Vanuit het besturen en richting geven zie je dat het controleren en beheersen, en daarmee de focus wordt losgelaten om vooraf te weten welke resultaten wanneer met welk kosten opgeleverd gaan worden. Ook voor een ontwikkelstrategie ontstaat wat heel belangrijk is om de transformatie te laten slagen.

De denkkaders vanuit inhoudelijke, organisatorische en bestuurlijke insteek beïnvloeden elkaar. En om in de gelaagdheid van mensen thuis, het werk van allerlei verschillende professionals, het werk van bestuurders en managers in organisaties en samenwerkingsverbanden en in relatie tot landelijke beleidsmakers de transformatie te doorlopen zijn al deze denkkaders van belang om de breedte en diepgang van de transformatie te kunnen bereiken.

Voor iedereen die betrokken raakt, is anders denken de fase van verwondering met daarbij de zoektocht naar het bestaansrecht van het nieuwe denkkader. Het sluitstuk bij anders denken is de fase van expliciteren van de essentie van het transformatieve idee in een concept, visie en/of koers voor de regio.



De patronen van werkende mechanismes en inzicht daarin is voor transformeren van belang, omdat in de hectiek van de dag en met de focus op actie en resultaten de fase van 'anders denken' vaak wordt overgeslagen of te weinig tijd en ruimte krijgt. In de kern gaat het om: komen tot een nieuw denkkader, werken aan de uitwisseling met verschillende anderen hierbij en de taalontwikkeling die hierin ontstaat.

Belangrijke, met elkaar verweven, werkende mechanismes hierin zijn:

- Bewust worden
- Betekenis geven
- Bestaansrecht krijgen

- *Bewust worden*

Anders denken komt tot stand vanuit **praktijkervaringen** waarin de behaalde resultaten niet overeenkomen met de gewenste resultaten. Daardoor ontstaat twijfel over de wijze van handelen en de uitgangspunten die daarbij worden gehanteerd. Er ontstaat **cognitieve dissonantie**. In de situatie van het leven met niet-aangeboren hersenletsel, zagen professionals mensen die in de zorg tussen wal en schip vielen. Mensen lopen in de thuissituatie vast, gezinnen raakten ontwricht en mensen komen terug in de zorg met grotere problemen. Of vanuit het ziekenhuisperspectief, dat mensen maar niet goed willen doorstromen naar revalidatie en thuis.

Door dit op te merken en aandacht te geven, ontstaat een **bewustwording** die de discrepantie bloot legt tussen wat er is en hoe dat uitpakt. Gedachtevorming ontstaat als verschillende gedachtes hierover bij elkaar komen, en niet geïsoleerd maar in gesprek met anderen kleuring krijgt. Zo ontspruit een ander denkkader.

- *Betekenis geven en bestaansrecht krijgen*

Taalontwikkeling en het daaruit ontstaan van een **nieuw taalspel** met een andere wijze van interpreteren, beoordelen en woordenkeuzes is een, mogelijk onderschat, maar belangrijk mechanisme dat maakt dat nieuwe denkkaders in werking gaan treden. Deze ontwikkeling zorgt ervoor dat er steeds meer bewustwording ontstaat bij steeds meer mensen die hieraan meedoen, doordat het denkkader in gesprekken en uitingen (bijvoorbeeld in een notitie of in een email-uitwisseling) waardebevestiging en betekenis krijgt. Het verwoorden van de bedoeling en werkprincipes (bijvoorbeeld 'thuis tenzij') is hierin een vormend element. Dit wakkert vervolgens bredere **bewustwording** op met het gevolg dat in de werkomgeving waarin de uitingen worden besproken en worden opgepakt bestaansrecht wordt opgebouwd en er medestanders en medewoordvoerders ontstaan die het nieuwe denkkader ook gaan uitdragen en daarmee bevestigen.

Dit leidt uiteindelijk tot het **bestaansrecht** van het nieuwe denkkader doordat het een plek krijgt in bijvoorbeeld beleid, koers, werkwijze of een plan of een visie.

2. Anders doen

De patronen voor anders doen omvat werkende mechanismes die het anders doen in een regionaal netwerk helpen tot stand te brengen en te houden. Voor leven met niet-aangeboren hersenletsel gaat het om het volgende alternatieve regiowerk:

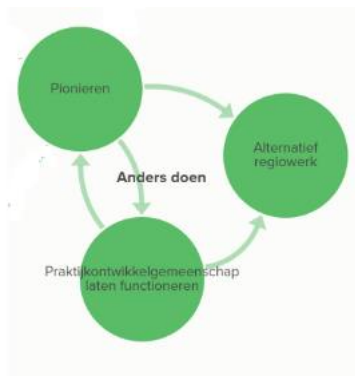
- gespecialiseerd begeleiden van mensen met hersenletsel voor herstellen en leren leven thuis
 - vanuit het principe thuis tenzij. Het betreft een relationele manier van benaderen waarbij de aandacht uitgaat naar het begrijpen van degene en de naasten die hulp nodig hebben om

- daar waar het kan in een passend tijdsverloop te herstellen en te leren leven met de gevolgen van de opgelopen hersenletsel. Hierbij zijn fundamentele werkprincipes: aandacht hebben in het hier-en-nu en de juiste hulp op het juiste moment regelen.
- interdisciplinair werken bij herstel op één plek. Vooral kort na het incident en de acute behandeling wat betreft complexe patiënten, omdat voor deze mensen niet meteen duidelijk is wat nodig is en er sneller geschakeld kan worden in de benodigde medische expertise. Hierdoor kunnen de inzichten van verschillende professionals flexibel en ter plekke gebundeld worden om de juiste zorg te geven en hierin adaptief te zijn.
 - organiseren van een netwerk van (zorg)teams in de regio zodat teams vanuit verschillende organisaties beter op elkaar in kunnen spelen in de thuissituatie van mensen die leven met hersenletsel.

In relatie tot de huidige manieren van werken in de ketenzorg, waar het traject voor patiënten gestandaardiseerd is en patiënten stap voor stap bij verschillende professionals en organisaties aankomen, is het nieuwe regiowerk een verschuiving naar meer regionaal in samenspel werken om maatwerk te geven. De uitgangssituatie is degene met opgelopen hersenletsel die in zijn/haar eigen leefsituatie verder moet. Het treft dus regiowerk met een belangrijke basis in netwerkzorg en interdisciplinair werken. Het is een ontwikkeling naar zorg leveren als onderdeel en dienstbaar zijn in een regionaal ecosysteem.

De mechanismes om bij te dragen aan het ontwikkelen en laten ontstaan van het nieuwe regiowerk zijn:

- Pionieren.
- Praktijkontwikkelgemeenschap laten functioneren.



– *Pionieren*

Pionieren houdt in:

- voorbereidingen treffen om te pionieren met ideeën die voortkomen uit een nieuw of ander denkkader (overtuigingen, waardes). Door vanuit de leefsituatie van mensen te werken, gaan pioniers werken vanuit een meer integraal beeld in wat mensen in hun situatie nodig hebben. Je kijkt dan niet alleen naar de ziekte of aandoening, maar juist en vooral hoe de leefsituatie van iemand beter wordt. Zo ga je kijken met het oog op de samenhang van verschillende elementen bijvoorbeeld welzijn, acceptatie, gezinssituatie, emoties en gedrag, preventie, en zorgaspecten. Dit betekent dat er op het juiste moment en in gesprek met degene met hersenletsel vanuit diens leefsituatie aspecten en verschillende soorten professionals en deskundigen betrokken worden. Om deze werkwijze waar te maken, bouwen de pioniers een netwerk van betrokkenen op in de regio zodat zij op het juiste moment de juiste hulp kunnen inzetten.

Dit werk maakt duidelijk dat er geen keuze wordt gemaakt tussen de principes passende zorg (waardegedreven, samen met en gezamenlijk rondom de mensen, de juiste zorg op de juiste plek, gezondheid in plaats van ziekte). Deze principes worden integraal onderdeel van de nieuwe manieren van werken.

- Met betrokkenen gaan pioniers kleine experimenten aan. Ze maken met elkaar een simpele afspraak, en/of bepalen een eenvoudige werkwijze of regeling op microniveau om aan de slag te gaan. Een voorbeeld is het opnemen van de standaardverwijzing naar NAH-

consulent in een verwijfsbrief van de neuroloog. Doordat ze elkaar hebben leren kennen is het gemakkelijker met elkaar contact op te nemen en te schakelen om de juiste zorg op het juiste moment te kunnen geven.

- *Praktijkontwikkelgemeenschap laten functioneren door regionale netwerkcoördinatie*
Een praktijkontwikkelgemeenschap is een groep mensen die met elkaar leren en ontwikkelen vanuit een gezamenlijke bedoeling (hier: mensen helpen die herstellen en leren leven met opgelopen hersenletsel) om hun praktijkvoering effectief op te bouwen en daarna verder te ontwikkelen. Het laten functioneren van een praktijkontwikkelgemeenschap is een belangrijk mechanisme om het pionieren en het regiowerk te laten slagen.

Dit houdt in te werken aan:

- *Leren & Ontwikkelen*
Het ontstaan van het nieuwe regiowerk vraagt initiatief en lef om dit te activeren en vraagt verbindingswerk om mensen tot samenspel te laten komen. Het hebben van een praktijkontwikkelgemeenschap is hierbij ten eerste ter ondersteuning van het opbouwen van het netwerk van betrokkenen om mee te pionieren. Voor het groepje dat met elkaar pioniert, is het periodiek elkaar spreken essentieel om na te gaan wat er is gebeurd, hoe het loopt, elkaar te steunen en ideeën en vragen te bespreken. Met elkaar tijd en ruimte nemen om te leren en ontwikkelen, om voortgang te boeken en om de ontwikkeling bij te kunnen sturen.

Als nieuwe verbindingen en werkzaamheden tot stand zijn gekomen in de pioniersfase, ontkiemt de mogelijkheid de focus voor leren en ontwikkelen te verleggen van opbouwen naar innoveren en verder ontwikkelen.

- *Resultaten laten resoneren*
Het laten resoneren van resultaten zorgt in de dynamiek van pionieren en het nieuwe regiowerk voor respons. Dit is van invloed op het verder kunnen opbouwen van het netwerk, dat steeds meer mensen mee gaan doen. Anderzijds zorgt het resoneren van resultaten tot meer inzicht in wat het werk wel en niet oplevert en geeft het daarmee een boost in de praktijkontwikkelgemeenschap voor leren en ontwikkelen.
- *Regionale netwerkcoördinatie*
Hierin is regionale netwerkcoördinatie een niet zichtbaar maar cruciaal werkend mechanisme. Dit zorgt ervoor dat mensen tot elkaar (blijven) komen. Misschien is regionale netwerkfacilitatie een geschikter woord omdat je niet alleen werkt aan verbinden en afstemmen, maar ook over hoe mensen met elkaar tot gesprek of samenspel komen.

3. Anders organiseren

Thuis herstellen en leren leven met hersenletsel vraagt afhankelijk van de situatie van de mensen en de fase van herstel waarin ze zich bevinden om maatwerk. En ook daarna kunnen mensen behoefte hebben aan maatwerk bij het leiden van hun leven met hersenletsel. Voor ieder persoon kan het palet verschillen aan ondersteuning, preventie, welzijn, voorlichting en zorg en dergelijke die nodig is. Vanuit dit besef zie je de werkwijzen en het gedrag om deze zorg te geven veranderen. Om de nieuwe werkwijzen en gedrag (het anders doen) te borgen is er ook anders organiseren nodig. Deze is **van** ketenzorg **naar** netwerkzorg **naar** ecosysteem. De ordening van zorg, welzijn en preventie en overige ondersteuning verschuift hiermee:

- **van** geschakeld achter elkaar aaneenrijgen van medisch specialistisch zorg, revalidatiezorg, ouderenzorg in de kliniek naar meer generalistisch, paramedisch, preventieve aandacht, ondersteuning en welzijn thuis,
- **naar** een ordening in een netwerk waar professionals en mogelijkheden georganiseerd zijn rondom een persoon, die zorg, preventie, welzijn of overige ondersteuning nodig heeft,
- **naar** de ordening van een ecosysteem waarin de mensen thuis vanuit hun welbevinden en hun mate van vitaliteit in hun leefsituatie daar waar nodig, worden ondersteund. In deze vorm dient zorg, welzijn en preventie de mens in zijn leefsituatie vanuit maatschappelijk en sociaal perspectief.

Patronen voor anders organiseren kent hierbij op hoofdlijnen 2 toekomstperspectieven:

- Van ketenzorg naar netwerkzorg naar een ecosysteem
- Van concurreren naar samenwerken en rentmeesterschap. Dit is de bestuurderskant van het organiseren.

Organisatorisch betekent dit voor de beweging van ketenzorg via netwerkzorg naar een ecosysteem het vormgeven van:

- a. samenwerking en samenspel in de regio zodat een netwerk van verschillende (zorg)teams vanuit verschillende organisaties wendbaar met elkaar kunnen schakelen en
- b. het organiseren en faciliteren van zorgprofessionals op één plek. Dit om het interdisciplinair werken van professionals met verschillende expertises en betrokkenen tot integratie van perspectieven en inzichten te komen voor mensen die hersenletsel hebben opgelopen.

Voor dit organisatorisch werk, is het organiseren van de functie van een regionale netwerkcoördinatie nodig. Het gaat om de verbindingen, samenwerking en ontwikkeling in het netwerk te realiseren, faciliteren en onderhouden. Deze functie is niet goed zichtbaar omdat er niet direct zorg wordt geleverd. Echter, zonder deze functie zal het functioneren van een netwerk en een ecosysteem in een regio niet gerealiseerd kunnen worden, kwalitatief effectief zijn of voortgang kennen.

Anders organiseren is hier het regelen van **samenwerking in de regio** om het leren leven met niet-aangeboren hersenletsel te kunnen uitvoeren. Het gaat er enerzijds om het nieuwe denkkader als uitgangspunt te maken van de **visie** en het werk van het samenwerkingsverband en de 'andere manier van werken' te **borgen** in de governance. Anderzijds is het anders organiseren gebaseerd op een al bestaand fundament van samenwerking in het klein. In het verhaal van leren leven met hersenletsel is dat de acute CVA-keten. De basis aan samenwerkingsrelaties en -afspraken die in de keten zijn ontstaan, maakt dat samenwerking verder kan borduren. Er is dus als het ware vruchtbare grond om verder te zaaien, bloeien en oogsten.



Voor anders organiseren zijn de volgende werkende mechanismes belangrijk om regionale samenwerkingsverbanden goed vorm te geven en te laten functioneren:

- Besturen vanuit een regionale visie
- Samenwerkingsfundament hebben
- Adaptief en strategisch werken om regionale samenwerkingsactiviteiten te borgen

Deze patronen van werkende mechanismes zijn van invloed op het opbouwen van het samenwerkingsverband, het zorgdragen voor regionale governance en het borgen van infrastructuur en middelen.

- *Besturen vanuit een regionale visie*

Het anders organiseren vraagt om bestuurders met visie. De samenwerking in de regio staat en valt bij het hebben en uitdragen van een regionale visie. Hierdoor geven bestuurders niet alleen richting voor waar de regionale samenwerking toe moet leiden, maar ontstaat er een mindset waardoor bestuurders:

- over de eigen organisatie heen besturen en gaan organiseren voor wat er nodig is in de regio;
- adaptief kunnen werken in gelaagdheid van het werk in het samenwerkingsverband en met partners in de regio, en in de gelaagdheid van organisaties die onderdeel zijn van het samenwerkingsverband;
- strategisch en tactisch kunnen gaan werken vanuit mogelijkheden,
 1. met het landelijk opgesteld beleid; en
 2. op basis van de regionale situatie.

Besturen vanuit een regionale visie is de stimulator om tot regionaal organiseren te komen. Bestuurders doen dit niet alleen. Dit gaat in relatie met bijvoorbeeld voortrekkers in de regio en regionale netwerkcoördinatoren.

– *Samenwerkingsfundament hebben*

In de drie transformatieve praktijken was het hebben van een basis in samenwerking een belangrijk fundament voor een regionaal samenwerkingsverband om verder op te bouwen. Dan is er enerzijds al een groepje dat met elkaar samenwerkt en anderzijds met elkaar afspraken hebben gemaakt hoe te werken. Deze basis maakt het mogelijk de groep van samenwerking uit te breiden en nieuwe afspraken aan de basis te koppelen. Daarnaast levert een samenwerkingsbasis al vertrouwen in de werking ervan en hebben verschillende mensen al ervaringen erin dat helpt er volgende stappen in te zetten. Tot slot, maakt het hebben van een samenwerkingsfundament het mogelijk sneller op te starten met anders organiseren. Het werk dat nodig is om tot samenspel en samenwerking te komen vraagt tijd en ruimte. Dit zie je ook terug in de eerste stappen die gezet worden om de samenwerking aan te gaan met het sociale domein. Dat kan niet zomaar in afspraken en acties uitgezet worden. Het vraagt om een intensief traject om elkaar te ontmoeten, leren kennen en begrijpen.

– *Adaptief in gelaagdheid en strategisch werken*

In het samenwerkingsverband met het oog op het regiowerk bestaat er een gelaagdheid aan werk voor besturen, managen en uitvoeren. Dit zie je ten eerste bijvoorbeeld door te werken met verschillende werkgroepen binnen een samenwerkingsverband. Ten tweede is dit aan de orde doordat de zorg in samenhang met elkaar en met preventie- en welzijnsactiviteiten regionaal integraal en in samenspel tot stand moet komen. Maar tegelijkertijd betekent dit ook dat organisaties en partijen die in de samenwerking meedoen of bij betrokken zijn, in hun eigen geledingen de uitvoering, het management en de besturing hiervoor moeten inregelen. En elke organisatie kent zijn eigen context, voortgang, problemen en dynamiek. Dit betekent dat er sprake is van processen die verschillend en anders verlopen en op meerdere plekken op meerderen niveaus beweging en betrokkenheid kennen. Aansturing en organiseren kan daarom niet in een gestandaardiseerd stappenplan worden vastgelegd. Er is sprake van een wirwar van verschillende processen met verschillende ritmes, tijd en ruimte. Dit vraagt van betrokkenen in het samenwerkingsverband en de bestuurders telkens afspraken, resultaten, ideeën binnen een emergent netwerk van processen te vervlechten en in elkaar te weven met oog op de bedoeling. Adaptief in gelaagdheid organiseren is dan een belangrijke werkwijze.

Om de omgang met het landelijke beleid hierbij niet te vergeten! Bestuurders die hiermee strategisch en tactisch weten om te gaan, zorgen ervoor dat het landelijk beleid functioneel wordt binnen de visie van het regionale verband. Er zijn geen geluiden die spreken over werkende mechanismes die voortkomen uit landelijk beleid. Bestuurders en voortrekkers volgen tot nu toe de zogenoemde geitenpaadjes om het regiowerk te borgen met benodigde infrastructuur en middelen, en binnen een governance waar beslissingen kunnen worden genomen en afspraken vastgelegd kunnen worden.

De conclusie is voorsnog dat er onderscheid is in het borgen op regionaal en landelijk niveau. Het laatste kent momenteel zijn grenzen in het huidige systeem. Zo kent het beleidssysteem bijvoorbeeld verkokerde stelselwetten en regels, geen bekostiging voor integrale diensten inclusief het werk van regiocoördinatoren, geen beleid en infrastructuur

voor informatie-uitwisseling (databeschikbaarheid) en wordt het regioverband nog niet als hoofddeclarant gezien.

Strategisch en tactisch werken vanuit een samenwerkingsverband is ook aan de orde in relatie tot de regionale context. Het mee laten spelen van de dynamiek van de context in de transformatie als onderdeel van het ontwikkelproces is van belang om de organisatie op regionaal niveau te laten functioneren. Dit betekent dat context in het conceptualiseren en uitwerken van de transformatie een organisatieonderdeel wordt. Het kan bijvoorbeeld gaan om:

- Bestuurlijke investeringen samen gaan dragen, omdat afzonderlijke investeringen te groot zijn.
- Omgang en samenwerking bevorderen met regio-organisaties en -structuren vanuit de mate van flexibiliteit die ze tonen. Zo zal een organisatie in reorganisatie minder oog hebben voor de regio bijvoorbeeld.
- Subregio's hanteren op basis van handelen vanuit de 'menselijke maat'. Samenwerken en tot samenspel komen is gebaseerd op een web van relaties waarin het aantal relaties aangaan zijn grenzen kent.
- IZA-beleid en zorg- en welzijnsmogelijkheden als kansen benutten op het moment dat het past.
- Hercontracteren van bestuurlijke inzet als onderdeel van de verandering.
- Noodzaak voor nieuwbouw meenemen in de organisatiehervormingen.

De regionale context en de mogelijkheden, die er zijn, die ontstaan of op een passend moment kunnen worden opgepakt, worden in transformatieprocessen gezien als een zich ontvouwend proces. Deze zijn niet een vaststaande structuur of institutionele entiteit. Dit betekent dat praktijken, die integraal en regionaal willen organiseren in de transformatie, klein beginnen. Afhankelijk van de mogelijkheden in betrokkenheid en mobilisatie van hulpbronnen kunnen ze verder uitgroeien en ontwikkelen.

4. Transformatiewerk

Het anders denken, anders doen en anders organiseren is geholpen met transformatiewerk. Dit is werk dat de transformatie en daarmee het anders denken, doen en organiseren tot stand brengt en het transitieproces laat ontwikkelen van pril idee tot volwaardig geïnstitutionaliseerd nieuw normaal.

De patronen van werkende mechanismes hiervoor zijn:

- Mechanismes om met elkaar te ontwikkelen.
- Mechanismes om het ontwikkelen aan te sturen op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau: het waarom, hoe en wat.
- Mechanismes om tot uitvoering te komen.

Mechanismes om met elkaar te kunnen ontwikkelen gaan in de kern om relaties aangaan en vertrouwen, mensen die meedoen met energie - ofwel voortrekkers en enthousiastelingen, elkaar leren kennen en begrijpen, tijd en ruimte om te dromen en tot slot een lerende mindset en een kort-cyclische werkwijze.

Het besturen kent een strategisch-tactische-operationele driehoek. Het is strategisch door richting te geven met de bedoeling en principes en deze vast te leggen in een opdrachtformulering. Dit maakt het ook mogelijk dat mensen de leiding kunnen oppakken. Tactisch gezien gaat het om het besturen vanuit een ontwikkelstrategie in relatie tot het werken in een aparte transformatielijn naast reguliere werkzaamheden. De operationele stuurmechanismen gaan over kort-cyclisch werken, resultaten vastleggen en laten accorderen, en reflecteren in relatie tot de bedoeling en opdracht.

Mechanismes om tot uitvoering te komen, gaan over het uitwerken van het gedachtegoed en gaan experimenteren. Dit in de dynamiek van enerzijds resultaten vastleggen en laten accorderen en anderzijds het managen hiervan. Zo kan inbedding in de sociaal-technische infrastructuur wordt opgepakt.



Belangrijk wat in het transformatiewerk naar voren komt, is dat het werk niet meteen gericht is op duidelijke doelen, resultaten en kpi's. Zicht hierop ontstaat pas later en doelen ontwikkelen zich door de tijd. Het bij start bepalen wie welke verantwoordelijkheid en rollen krijgt is niet van belang. Tijd en ruimte om elkaar te leren kennen en begrijpen, met elkaar mogelijkheden te verkennen en niet meteen gedachtes en bevindingen vast te zetten zijn essentiële ingrediënten. Bestuurders uit de drie transformatieve regionale zorgnetwerken voor mensen die leven met niet-aangeboren hersenletsel doen hierover de volgende uitspraken:

"Je begint ergens mee zonder expliciet einddoel, het proces waarbij je de bedoeling voorop zet in plaats van expliciete doelen en resultaten. Zo kan je ook nog van richting veranderen."

"Als bestuurder zit je er op een andere manier in. De bewuste keuze gemaakt voor een open programma naast de organisatie en een apart directieteam met bestuurlijk mandaat. [...] Wij laten het inhoudelijke proces los. De geest kan niet meer in de fles. Dus dat vraagt een andere benadering."

"Als bestuurders gaan we anders vasthouden. We geven andere relaties vorm; mee leren en meekijken en het leerproces vertalen naar collega-organisaties. Je bewaakt het anders, waar gaat het goed en waar nog niet, waar remmen en waar bijsturen."

Tot slot is het managen van een flexibele sociaal-technische infrastructuur en het hierbij stimuleren van teams en afdelingen belangrijk voor om tot uitvoering komen. Het gaat hier om het inbedden, inpassen en normaliseren van het andere gedachtegoed in het werk.

De dynamiek die bij het transformatiewerk ontstaat, is mogelijk omdat mensen de tijd en ruimte krijgen om met elkaar te exploreren en het leer- en translatieproces invulling te geven. Dit laatste is het proces van vertalen van idee naar conceptualisatie, naar experimenteren en verder ontwikkelen tot het borgen in het nieuwe normaal.

2.2.3 **Transformatief model in detail van werkende mechanismes**

Het transformatief model is uitgewerkt in een causaal loop diagram. Hier zijn de patronen van handelen in detail uitgewerkt door de werkende mechanismes te onderscheiden. Het belang om de werkende mechanismes in dit diagram te zien, is om bewust te worden van de samenhang. Werkende mechanismes beïnvloeden elkaar over en weer:

Bijlage 1: Verantwoording werkwijze

Inleiding

In dit verantwoordingsdocument belichten we de werkwijze van ons onderzoek. In 2023 startte het Zorginstituut met het ondersteunen en verder brengen van de transformatieve beweging naar passende zorg voor mensen met hart- en vaatzieken. Dit is een vervolg op het signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatzieken (2023).

In dit verantwoordingsdocument beschrijven we hoe het Zorginstituut tot nu toe door middel van actieonderzoek de beweging al lerend heeft ondersteund en verder gebracht. Dat doen we door te leren van transformatieve praktijken. De basis van dit werk zijn onze relaties met landelijke leernetwerken en met transformatieve praktijken. We maken met de praktijken inzichtelijk hoe transformeren werkt. Hierdoor kunnen andere praktijken ervan leren.

De ambitie is om zo te 'leren transformeren' met de volgende twee doelen:

1. opschalen van het aantal transformatieve praktijken door te leren van voorlopers; en
2. stimuleren en bespreekbaar maken dat overheidspartijen gaan mee-transformeren.

Via dit onderzoek leren wij samen met leernetwerken en praktijken over de werkende mechanismes voor transitie. Het uitgangspunt is te begrijpen wat er gebeurt in de praktijk. Verkregen inzichten helpen om te leren hoe je kunt transformeren en in co-creatie verder kunt komen. Tot slot geeft het inzichten in de rol van de overheid in het transitieproces. Door het optekenen van de verhalen willen we richting en handelsperspectief geven aan de transformatieve beweging.

Wij hebben actieonderzoek als uitgangspunt genomen voor het vormgeven van het lerend werken. Als actieonderzoeker neem je een helpende en verkennende rol in. Hiermee verken je het onderwerp samen met praktijken waardoor je samen leert. Deze aanpak past hierdoor goed bij ons doel om de beweging te ondersteunen. Op basis van het geleerde geven we telkens de volgende stap in het werk vorm. Dan zetten we een actie in, reflecteren op de lessen die we daaruit kunnen trekken en bepalen de volgende stap weer. Door deze cyclische werkwijze heeft actieonderzoek de eigenschap dat het uitvoeren ervan invloed heeft op de praktijk. Zo ontstaat al tijdens het uitvoeren van het werk impact op het verder brengen en opschalen van de transformatieve beweging.

Wij hebben drie processen uit het transitie management⁵ als uitgangspunt genomen: anders denken, anders doen, en anders organiseren. Om richting te geven aan het leren over de werkende mechanismes zijn de drie processen verder uitgewerkt op basis van de translatietheorie van Latour. De theorie van Latour helpt ons de netwerkvorming en samenwerking in de praktijken te analyseren die leiden tot transformatie. De basis van de translatietheorie is het maken van verbindingen tussen mensen en dingen. Deze verbindingen worden gevormd door een vertalingsproces waarin problemen en ideeën worden uitgewerkt in anders denken, doen en organiseren. In de bijlage van dit document staat een verdere uitwerking hoe we deze theorie hebben toegepast.

In dit document lichten we onze werkwijze toe waarin we samen met leernetwerken leren van transformatieve praktijken en hoe wij het geleerde verder brengen.

1. Verbinding en alliantievorming met leernetwerken

Een belangrijk onderdeel van de strategie is om samen met de leernetwerken te leren van transformatieve praktijken. Hiervoor is het nodig om allianties te vormen en vervolgens de inzichten verder te verspreiden. Wij zijn allianties aangegaan met leernetwerken die over de benodigde infrastructuur beschikken voor het verspreiden van kennis. Bij het identificeren van

⁵Loorbach, D., Rantzeskaki, N. and Avelino, F. Sustainability Transitions Research: Transforming Science and Practice for Societal Change, *Annual Review of Environment and Resources*, 2017.

netwerken waarmee we samen kunnen werken, maakten we gebruik van onze bestaande relaties. Die ontstonden onder andere bij het werken aan het Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten. We hebben allianties gevormd met het Landelijk kennisnetwerk CVA/NAH, NVVC-Connect en Divosa. Voor dit onderzoek met deze netwerken maakten wij duidelijke afspraken over de gemeenschappelijke doelen, waarden en rollen.

We zochten naar leernetwerken met de volgende eigenschappen:

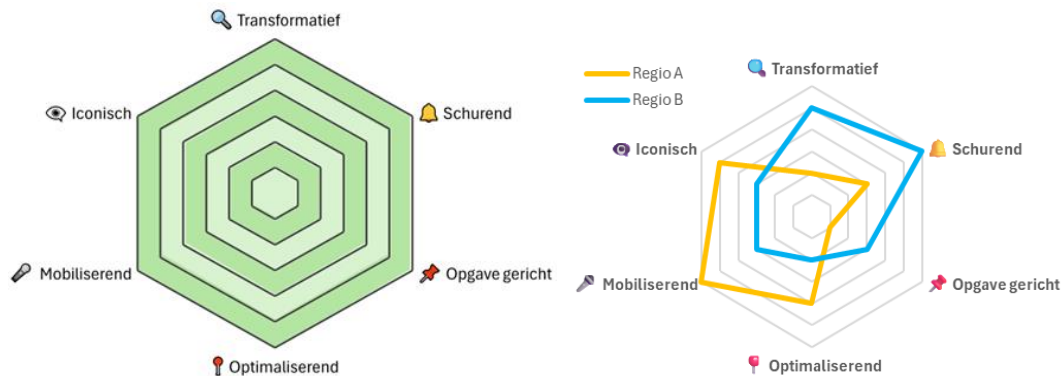
- Het netwerk focust op de doelgroep mensen met (een risico op) hart- en vaatziekten.
- Het is een leernetwerk en daarmee een infrastructuur om regelmatig samen te komen en waarin mensen elkaar kennen en weten te vinden.
- Het is een landelijk netwerk met verspreidingsvermogen, middelen en menskracht om de werkende mechanismes verder te kunnen brengen.
- Het is een leernetwerk dat translokaal werkt en het vermogen heeft lokaal ingebedde initiatieven en praktijken op (inter)regionaal en (inter)nationaal niveau te verbinden.
- Het netwerk is gevestigd en zal daardoor niet snel wegvallen.
- Er is energie om samen te werken aan passende zorg en om daarin de focus te leggen op transitie vanuit het besef dat optimaliseren alleen niet meer genoeg is voor passende zorg.

2. Identificatie van transformatieve praktijken binnen leernetwerken

Op het gebied van leven met hersenletsel bepaalden we samen met het Landelijk kennisnetwerk CVA/NAH welke praktijken binnen het netwerk de meeste potentie hebben om bij de dragen aan de transitie. We benadrukten daarbij het verschil tussen het optimaliseren en transformeren. Waarbij het bij optimaliseren gaat om de huidige manier van werken zo optimaal mogelijk te maken. Transformeren gaat om een fundamentele verandering. Het leernetwerk identificeerde initiatieven binnen het netwerk die een fundamentele verandering in het denken, doen en organiseren doormaakten. Hieruit werden door het Landelijke kennisnetwerk CVA/NAH 3 transformatieve praktijken geselecteerd met een grote potentie voor de transitie.

Een hulpmiddel bij het gesprek over de potentie die initiatieven hadden om de transitie verder te brengen was het transitieweb (zie **figuur 1**). Het transitieweb bestaat uit zes elementen en helpt inzichtelijk te maken waar in praktijk zich bevindt ten opzichte van de zes elementen. De eerste twee elementen geven inzicht in of een praktijk in opzet optimaliserend (1) of transformatief (2) is. Ook wordt er in het gesprek gekeken of een praktijk schuurt (3) met bestaande regels en de structuren, een praktijk iconisch (4) is of mobiliserend kan werken (5). Tot slot wordt er gekeken of een praktijk opgavegericht resultaten levert die bijdragen aan de opgave passende zorg (6). Hiermee wordt bedoeld dat de praktijk de zorg meer mensgericht, houdbaar en duurzaam maakt.

Figuur 1 - Links het format van het transitieweb, rechts een voorbeeld van een met fictieve data ingevuld transitieweb



Leren van de werkzame mechanismen van transformatieve praktijken

We onderzochten de werkende mechanismes voor transformatie op basis van de 3 geselecteerde praktijken. Werkende mechanismes beschrijven hoe iets in werking treedt. Ze wijzen op een proces van verandering. In het geval van transitie het 'anders denken, doen en organiseren'. De mechanismes geven zicht op de dynamiek in processen en interacties. Zij geven hiermee een beschrijving hoe het gelukt is om op basis van nieuwe denkkaders anders te gaan doen en zorg anders te gaan organiseren. De focus ligt op hoe de praktijken werken en minder op wát ze doen.

Om gegevens te verzamelen over de werkzame mechanismes voor transformatie hebben we documentenonderzoek verricht, (groeps-)interviews afgenomen en observaties uitgevoerd. Op basis van ons vraagstuk over leren transformeren en de gekozen bril stelden we een interviewleidraad op. De leidraad is gebruikt tijdens het afnemen van semigestructureerde interviews met betrokkenen bij de transformatieve praktijken. De lijst met respondenten bepaalden we samen met onze contactpersonen bij de transformatieve praktijk. Wanneer tijdens een interview nog iemand ter sprake kwam die een belangrijke rol speelde bij de transformatieve praktijk, werd deze persoon toegevoegd aan de interviewlijst. We interviewden zo ongeveer 60 personen die op verschillende manieren betrokken waren bij de 3 transformatieve praktijken. Aanvullend noteerden we belangrijke observaties tijdens bijeenkomsten en werkbezoeken.

3. Analyse van gegevens, vormen van modellen van werkzame mechanismen

De interviews en observaties zijn (woordelijk) uitgewerkt. Op basis van deze gegevens zochten we naar werkende mechanismes van transformatieve praktijken (proces van *sense making*). We codeerden de input uit de interviews op basis van de translatietheorie van Latour en de processen die worden onderscheiden in de transitiekunde (anders denken, anders doen en anders organiseren). Door op deze manier de gegevens te synthetiseren vormden we zogenoemde *middle range* theorieën. Deze verwerkten we in (referentie)modellen voor het ontstaan en de werking van transformatieve praktijken. Het zijn de werkzame mechanismen van transformatie als uitwerking van anders denken, doen en organiseren.

We legden de gevonden patronen vast in systeemkaarten om er orde in aan te brengen en deze zichtbaar te maken. De kaarten zijn besproken met betrokkenen van het Landelijke kennisnetwerk CVA/NAH en met betrokkenen bij de onderzochte praktijken om ze verder aan te scherpen. De systeemkaart is niet gemaakt als spiegel van de realiteit, maar als middel om het navigeren mogelijk te maken voor de gebruiker. Het is een hulpmiddel voor de mensen die bezig gaan met transformeren. Het is een vereenvoudigde representatie van de werkelijkheid om te kunnen reflecteren en bewust te worden van het anders denken, doen en organiseren en

hiervoor een handelingsrepertoire binnen bereik te brengen. Bovendien helpt een systeemkaart om met elkaar aan gedeelde taal te ontwikkelen waarmee over het transitieproces gesproken en geschreven kan worden. Zo kunnen betrokken in gesprek met elkaar scherper duiden wat je wel of niet ziet gebeuren, wat mogelijkheden zijn, oorzaken en gevolgen, en welke handelingsopties er liggen. De modellen bieden conceptuele taal en beeld om het gesprek daarover rijker en scherper te voeren.

4. Vertaling van bevindingen naar handelingsperspectief

Op basis van het beeld dat zo ontstond van de transitie en de manier waarop mensen daar samen aan werkten, vertaalden we de werkende mechanismes naar handelingsperspectief voor praktijken en veldpartijen, voor het landelijk leernetwerk en voor de overheid. Voor praktijken geeft een model van werkende mechanismes richting aan 'anders denken, doen en organiseren'. De werkende mechanismes geven aan hoe het mensen lukt anders te denken, doen en organiseren. Dit model dient als basis voor elk regionaal samenwerkingsverband of lokale groep om zelf inkleuring te geven aan de transformatie, deze in te stappen of te vervolgen. We vertaalden de werkende mechanismes ook in transitiepaden die de transformatieve beweging richting geven van het heden naar de toekomst.

Voor het landelijke leernetwerk zijn de werkende mechanismes en inzichten vertaald in een praktische gids. Het bestaat uit:

- a. Inzicht in de transitiedynamiek en -ontwikkelingen binnen het Landelijk kennisnetwerk CVA/NAH. Aan de hand van de X-curve¹ hebben we afgetast in welke fase het transitieproces is.
- b. Inzicht in het samenspel van de belangrijkste relaties die nodig zijn voor het 'anders denken, doen en organiseren' en handvatten voor verschillende rollen hierin. Het is de interactie die mensen in hun rol met elkaar hebben dat maakt dat het 'anders denken, doen en organiseren' tot stand komt en zich ontwikkelt. Besef hiervan hebben, is nodig om bewust te werken aan het samenspel van relaties en leiderschap.
- c. Een set van werkende mechanismes als steiger om het transitieproces te faciliteren in de context van de regio.
- d. Inzichten voor een actie- en praktijkgericht leerproces voor leernetwerken om te leren transformeren. Daarbij onderscheiden we de fases van bestaansrecht krijgen, van experimenteren en uitvoeren om te ontwikkelen, en van borgen en institutionaliseren.

Het Landelijk kennisnetwerk CVA/NAH vertaalde met ons de inzichten waar geen werkende mechanismes voor waren in aandachtspunten voor overheidspartijen. Deze aandachtspunten verwoordden we in kernboodschappen voor een transformatie-agenda. Ze helpen om met elkaar de benodigde condities en randvoorwaarden voor de transitie te bespreken. En ook hoe deze vervolg of richting kunnen krijgen.

Interviewleidraad

Wat zijn de werkzame mechanismes van de transformatieve practice (anders denken, doen, organiseren)?

- In welke fase van uitkristalliseren zit de practice (translatiefase & X-curve)? En wat zijn tot nu toe resultaten?
- In welke context en onder welke omstandigheden is de practice ontstaan?
- Wie zijn waarom de transformatieve practice begonnen?
- Wie en wat (instrumenten, tools, dingen bijv.) zijn de betrokken om de practice in welke interactie te ontwerpen, uit te voeren en te volgen?
- Met welke mindset, competenties en activiteiten zijn mensen en partijen betrokken?
- In welke interacties resulteren de 'wats' (bijv. instrumenten, dingen) in het proces?
- Welke randvoorwaarden zijn van belang, ontstaan er of zijn gewenst? Welke bestaande condities werken hoe belemmerend?
- Wat zijn de werkzame mechanismes van de transformatieve practice (anders denken, doen, organiseren)?
- In welke fase van uitkristalliseren zit de practice (translatiefase & X-curve)? En wat zijn tot nu toe resultaten?
- In welke context en onder welke omstandigheden is de practice ontstaan?

- Wie zijn waarom de transformatieve practice begonnen?
- Wie en wat (instrumenten, tools, dingen bijvoorbeeld) zijn de betrokken om de practice in welke interactie te ontwerpen, uit te voeren en te volgen?
- Met welke mindset, competenties en activiteiten zijn mensen en partijen betrokken?
- In welke interacties resulteren de 'wats' (bijv. instrumenten, dingen) in het proces?
- Welke randvoorwaarden zijn van belang, ontstaan er of zijn gewenst? Welke bestaande condities werken hoe belemmerend?

Fase van de translatie theorie en met de processen uit de transitiekunde

Proces uit de transitiekunde	Orderingsproces van translatie
Anders denken	<p>Fase van verwondering: dit is de zoektocht naar het bestaansrecht van het idee. Welke gedachtes, overtuigingen, denkkaders of waardes van welke mensen spelen een rol in de discussie en hoe heeft dit geleid tot bestaansrecht van het idee</p> <p>Fase van consultatie: hoe wordt de essentie of het concept van het transformatieve idee ingevuld en welke belangrijkste woordvoerders zijn hierin te horen of worden gehoord. Dit is van belang om een volledig beeld te krijgen van de transformatieve praktijk. Vaak gaat het erom wie met wie de visie of koers en het plan van aanpak heeft vormgegeven.</p>
Anders doen	<p>Fase van hiërarchie: het gaat hier om het doen en daarmee het inpassen van het transformatieve idee of concept in bestaande structuren en relaties. Hoe krijgt het transformatieve idee een plek in het doen (in welke werkwijzen en gedrag) of hoe heeft het dit gekregen. Wie en wat werken daar in welk netwerk van interacties in mee?</p>
Anders organiseren	<p>Fase van institutionaliseren: hoe kunnen we het transformatieve idee borgen om het te laten blijven functioneren. Dus via wie en welke structuren gaat het deel uitmaken van het grotere geheel, hier niveau van regionale samenwerking en landelijk niveau van regels, beleid en infrastructuur.</p>

Colofon

Uitgave door Zorginstituut Nederland
 Postbus 320
 1110 AH Diemen

Contactpersoon mw. M. Rooseboom
 +316 24 67 06 00